

Situações de Comorbilidade em Urgência – a Perspectiva de um Psiquiatra

Comorbidity in Emergency Room: the Psychiatrist's Perspective

Alice Luís*

RESUMO:

Baseada na sua experiência a autora faz uma reflexão sobre a prática psiquiátrica no Serviço de Urgência do Hospital Geral. Este é um trabalho que deve ser fortemente articulado com outras áreas de especialidade, em que partilha e discussão clínica do doente com situações de comorbilidade é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade.

São por fim nomeadas diversas situações clínicas frequentes no Hospital geral e sugeridas condutas de boa prática.

Palavra-Chave: Comorbilidade; Psiquiatria; Urgência; Neurologia; Medicina Interna.

Abstract:

The author puts forward some considerations about the psychiatric practice in the emergency room of a general hospital. Clinical practice in the emergency room should be highlighted by collaborative work between several medical subspecialties, including internal medicine and neurology. This is particularly true for patients with co-morbidity in order to provide quality of care. Finally, the author reviews several clinical cases and suggests guidelines for their management.

Key-Words: Co-morbidity; Psychiatry; Emergency Room; Neurology; Internal Medicine.

No serviço de urgência é comum a apresentação de situações clínicas de comorbilidade mas também de múltiplos casos em que se impõe uma investigação cuidada que permita um diagnóstico diferencial. Por este motivo considero de extrema importância debater este problema com duas das especialidades mais directamente implicadas no processo de diagnóstico destes doentes, a neurologia e a medicina interna. Coloco-me contudo uma questão: porquê três perspectivas em debate... quando os doentes são comuns?

Olhando o tema sugerido e ao tentar reflectir acerca da questão “perspectivas” penso poder ser interessante estabelecer a seguinte analogia: “Se eu souber o nome de todas as árvores... ao olhar para elas, dado terem nomes diferentes... passam a ser diferentes...?”

Assim os estudantes de medicina são sujeitos a um processo de aculturação assumindo uma perspectiva global diferente sobre os assuntos relacionados com a saúde e a medicina, relativamente aos outros indivíduos”

Devido aos avanços diagnósticos e terapêuticos em medicina assistimos a uma comple-

* Unidade Funcional de Psiquiatria de Ligação: Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE. alice.r.luis@hotmail.com

xidade crescente do trabalho médico e naturalmente à sua fragmentação, assumindo as varias especialidades médicas uma perspectiva global diferente sobre a abordagem ao doente. Colocado de uma outra forma podemos afirmar que lado a lado com as semelhanças caminham as diferenças, pelas diversas especificidades das várias especialidades médicas. Muitas vezes ainda mantemos um pensamento dualista “corpo-mente” e uma ideia de abordagem instrumental do corpo em que a reparação dos seus segmentos é independente da sua globalidade.

Numa perspectiva biopsicossocial da medicina é fundamental pensar no doente como um todo.

Os médicos psiquiatras e os de outras especialidades têm muitas vezes visões diferentes acerca das perturbações mentais e daí não é surpreendente que os dois grupos possam ter concepções diferentes entre as prioridades a abordar quando um determinado doente recorre ao serviço de urgência. É provavelmente também por este motivo que ocorrem neste contexto algumas tensões entre os diversos grupos profissionais.

O trabalho psiquiátrico num serviço de urgência do hospital geral exige competências específicas e deve ser encarado como um desafio.

A articulação multidisciplinar deve respeitar princípios básicos de tolerância e respeito, valorização dos papéis e afirmação da diversidade, filosofia de intervenção partilhada,

objectivos comuns e atitude integradora, comunicação e flexibilidade.

Reflectindo sobre os motivos de recurso ao Serviço de Urgência de doentes psiquiátricos, podemos afirmar que, algumas das vezes, as queixas principais são sintomas psiquiátricos ou comportamentais mas, em outras ocasiões, o doente psiquiátrico recorre por queixas de sintomas físicos. É, pois, fundamental uma boa colheita de história clínica e um exame objectivo cuidado por forma a despistar a etiologia do quadro clínico em questão e, após este despiste, poder decidir qual a especialidade que deve, maioritariamente, prestar cuidados ao doente.

Então, assume-se como boa prática que, em doentes (principalmente se idosos) sem antecedentes psiquiátricos prévios, qualquer sintoma psiquiátrico *de novo* exige um despiste de organicidade. Esta atitude deve manter-se mesmo quando não se detectam numa fase inicial alterações nos meios complementares de diagnóstico. São disto exemplo alguns quadros de *delirium*.

Encontramos muitas vezes doentes com queixas de cefaleias, anorexia, perda de peso e confusão mental nos quais é feita uma atribuição prematura das queixas físicas relacionadas a “doença psiquiátrica descompensada” ou em que as mesmas não são valorizadas por se tratar de um “doente psiquiátrico” que desta forma é estigmatizado pelos técnicos de saúde.

Mesmo quando se trata de um doente com um diagnóstico de doença psiquiátrica em que as queixas relatadas são tradicionalmente do foro psiquiátrico estas podem ter uma etiologia orgânica (ex.: alucinações visuais).

É fundamental questionar o doente e seus familiares acerca da medicação psiquiátrica habitual. Esta informação pode alertar-nos para possibilidades diagnosticas, tais como Síndromes de Abstinência ou de Intoxicação involuntária ou voluntária por substâncias.

Salvo se medicamento contra-indicado, a terapêutica psiquiátrica deve ser mantida tanto no serviço de urgência como no internamento por forma a evitar no doente síndromes de abstinência a antidepressivos e a benzodiazepinas ou agravamento da patologia psiquiátrica de base. Em casos de intoxicação voluntária ou involuntária com psicofármacos ou outros tóxicos é mandatório proceder a pedidos de doseamentos dos mesmos. Estes são fundamentais em casos de intoxicação por lítio, ácido valpróico, carbamazepina, antidepressivos tricíclicos ou benzodiazepinas assim como de álcool, cannabis, opiáceos e cocaína.

A prioridade nestes casos é garantir a vigilância da sua evolução e garantir medidas de suporte médico.

A avaliação das circunstâncias da intoxicação e do risco de suicídio deve ser feita num segundo tempo após a estabilização do quadro.

Muitos doentes com “estados físicos gerais” têm também sintomas psiquiátricos. Ambos

ocorrem conjuntamente com uma frequência superior à que seria de esperar da simples causalidade. Destes casos são exemplo a associação entre embolia pulmonar e ansiedade ou da epilepsia com alterações comportamentais. Há que estar atento a estes quadros e pedir sempre que necessário uma avaliação e parecer psiquiátrico.

Perturbações mentais que se apresentam com sintomas físicos ou como causa de agravamento de uma doença médica devem também ser alvo da nossa atenção. É comum o relato de dor torácica em quadros de perturbação de pânico, perda da sensibilidade e/ou da força em perturbações conversivas e casos de coma por má adesão à terapêutica em doentes diabéticos com perturbação depressiva.

Por fim gostaria de afirmar que, em contexto de urgência, o diagnóstico psiquiátrico para quadros com predomínio de queixas físicas deve ser sempre de exclusão.

Deverá ser pedida uma avaliação psiquiátrica sempre que o doente refira queixas no domínio emocional como precipitantes dos sintomas que motivam a procura de cuidados e essa observação só deve ser feita após a realização de exames auxiliares de diagnóstico por forma a permitir um diagnóstico correcto de situações de Comorbilidade em Urgência.

Há que prestar atenção à forma como é feita a referência do doente e a informação que se lhe transmite evitando discursos tais como “o senhor não tem nada... o problema é todo na

sua cabeça...vou enviá-lo para ser observado pela psiquiatria ...”

Conflitos de Interesse / *Conflicting interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Abreu, J L P. (1998). Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidade –Edição e Serviços, Lda.
2. APA (2004). Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Artmed Editora.
3. Botega, N.J. (2002). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora.
4. Guthrie E, Creed F. *Seminars in Liaison Psychiatry*. London: Gaskell 1996
5. Quartilho, M J R. (2001). Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma á experiencia. Coimbra: Quarteto Editora